

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 243

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fractures du Sourcil cotyloïdien avec luxation de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES SIVADE

Né le 25 Avril 1893, à Montluçon (Allier)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Fractures du Sourcil cotyloïdien
avec luxation de la Hanche

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	X...
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	NICOLAS
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEPINE (J.)
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	WEILL
Clinique des maladies des femmes.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — — Chimie minérale.....	BARRAL
— — — Accouchements	COMMANDEUR
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. TIXIER, Président; M. BERARD, Assesseur;
MM. PATEL et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 243

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fractures du Sourcil cotyloïdien avec luxation de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 5 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



CHARLES SIVADE

Né le 25 Avril 1893, à Montluçon (Allier)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité, 46

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES ET DE MES AMIS
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce sujet de thèse
et guidé dans son étude.
Hommage de gratitude.

INTRODUCTION

Walther distingue trois variétés de fractures de la cavité cotyloïde :

1° Celles qui se font au niveau du sourcil cotyloïdien ;

2° Celles dans lesquelles le trait de fracture traverse la cavité cotyloïde et sépare le pubis ou l'ischion du reste du cotyle ;

3° Celles dans lesquelles la tête fémorale, pressant violemment le cotyle, le défonce ou le fait éclater.

Les deux dernières variétés ont fait l'objet de nombreux travaux. Mais la plupart des auteurs qui ont étudié les fractures de la cavité cotyloïde n'ont consacré que quelques mots à celles du sourcil cotyloïdien.

Les fractures du sourcil ont des caractères bien distincts de ceux des autres fractures de la cavité cotyloïde. Très différentes par le mécanisme suivant lequel elles se produisent, elles le sont aussi par leur aspect. Malgré cela, elles sont en général assez difficiles à diagnostiquer. Elles peuvent rester longtemps méconnues lorsqu'elles ne se manifestent que par les symptômes de la luxation dont elles s'accompagnent.

Les observations anciennes que nous avons pu recueillir nous montrent que très souvent ces fractures furent

prises pour de simples luxations. Quelquefois, elles ont été confondues avec des fractures du col du fémur. Mais « il est rare, nous dit Hamilton, que la lésion ait été reconnue avant la mort ». Ce ne fut en effet dans la majorité des cas qu'à l'autopsie que fut porté le diagnostic de fracture du sourcil cotyloïdien.

Se présentant sous des aspects différents, ces fractures sont restées pendant longtemps difficiles à diagnostiquer et ont été même fréquemment méconnues ou ignorées, parce qu'on avait pas toujours tous les moyens de diagnostic suffisants pour les reconnaître. Mais à l'heure actuelle, avec l'aide de la radiographie, il est facile de diagnostiquer une fracture du sourcil cotyloïdien.

Dans ce modeste travail, nous nous proposons d'étudier les fractures du sourcil cotyloïdien. Après avoir fait un court historique de la question, nous exposerons le mécanisme de ces fractures. Puis nous étudierons les lésions qu'elles entraînent, avec leurs symptômes, et les complications dont elles peuvent s'accompagner. Nous envisagerons ensuite les différentes affections avec lesquelles elles peuvent être confondues ; et nous montrerons l'importance de la radiographie pour le diagnostic de ces fractures. Enfin nous indiquerons le traitement qu'on doit leur réserver et le résultat que l'on peut en espérer.

HISTORIQUE

Par les recherches bibliographiques auxquelles nous sommes livrés, nous avons pu nous rendre compte que les fractures de la cavité cotyloïde ont été signalées depuis fort longtemps.

Paul d'Egine et Ambroise Paré en auraient observé plusieurs cas. Mais il faut arriver au 18^e siècle pour trouver des études sur les fractures du sourcil cotyloïdien. Les annales de la médecine ne renferment d'ailleurs que peu de travaux sur ce sujet. En général, ce n'est que quelques lignes qui leur sont consacrées. C'est à Astley Cooper, à Mac Tyer et à Senn que nous devons la plupart des observations qui ont été publiées.

En 1822, Scott rapporte un cas de luxation ischiatique où la capsule était rompue en haut et en dedans, avec le rebord cotyloïdien brisé en haut dans l'étendue d'un pouce.

En 1823, Astley Cooper cite plusieurs cas de fracture du sourcil cotyloïdien, dont un observé en 1791 est le premier en date.

Mac Tyer, en 1831, dans la « Gazette médicale de Glasgow », en publie quatre cas dont trois seulement furent

observés après l'accident. Dans deux d'entre eux, on avait porté le diagnostic de fracture du col du fémur, et dans le troisième celui de luxation. Dans les trois cas, la fracture du sourcil ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

En 1838, Smith rapporte le cas d'une luxation de la hanche en arrière, consécutive à une fracture du sourcil qu'il réduisit deux fois sans s'apercevoir de la fracture. Ce n'est qu'à la troisième réduction qu'il perçut une crépitation distincte à la partie supérieure et postérieure de la cavité cotyloïde.

En 1847, Malgaigne, dans son traité des « Fractures et Luxations », consacre un article aux fractures du sourcil cotyloïdien. Il insiste surtout sur la difficulté que l'on a de maintenir en place le fémur après la réduction.

En 1862, Richet présente à la Société de Chirurgie de Paris une pièce d'anatomie pathologique sur une fracture du sourcil cotyloïdien. Cette présentation est suivie d'une longue discussion entre Béraud et lui pour savoir s'il n'y a pas eu production simultanée de fracture et de luxation.

En 1863, Maisonneuve, publie une observation très détaillée de fracture du sourcil et insiste particulièrement sur les signes qui lui permirent de faire un diagnostic immédiat.

En 1868, Courty, dans l'article « Bassin », du dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, cite quelques cas de fracture du sourcil cotyloïdien.

En 1879, Ried publie deux observations de luxation iliaque s'accompagnant de fracture du sourcil.

En 1880, nous trouvons un travail de Busch sur les fractures du bord et du fond de la cavité cotyloïde. La

même année, Senn publie vingt-sept cas de fractures du sourcil et nous donne le résultat de ses expériences sur le cadavre.

En 1884, paraît le traité des « Fractures et Luxations », d'Hamilton et Poinso, où sont réunies plusieurs observations de Mac Tyer, de Kéate, d'Homer O Hitchcock, de Walker, et une d'Hamilton lui-même.

En 1899, dans la thèse de Virevaux, nous ne trouvons seulement qu'une observation de fracture du sourcil ; et aucun commentaire n'accompagne cette observation. Son travail porte surtout sur les fractures de la cavité cotyloïde.

En 1902, Grössner publie quatre observations de fractures de la cavité cotyloïde, dont une du sourcil.

En 1911, Delbet présente à la Société de chirurgie une radiographie relative à une fracture du sourcil cotyloïdien. Depuis cette époque, une observation de Stassen (1913) et une de MM. Vinon et Cathala (1920) ont été publiées ; mais nous ne connaissons aucun travail important sur ce sujet. Les articles de Destot (dans le « Lyon Médical » de 1903), de Guibé et de Thévenot (dans la « Revue de Chirurgie » de 1904) et les thèses de M^{lle} Kontorovitch (1903) et de Boyer (1912) ne s'y rapportent pas directement.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Quelle est la fréquence des fractures du sourcil cotyloïdien? A n'en juger que par le petit nombre de cas publiés, il semble qu'elles soient très rares. Ce serait une erreur de se baser sur des statistiques anciennes pour se croire autorisé à dire que ces fractures sont rares, car nous savons par Malgaigne et par Hamilton qu'elles ont été souvent méconnues. Mais même si nous interrogeons les travaux de ces vingt dernières années, nous trouvons très peu de cas de fractures du sourcil cotyloïdien. Cependant, d'après Grössner, elles sont plus fréquentes qu'on ne le croit.

Les fractures du sourcil cotyloïdien ne se produisent pas avec la même fréquence à tout âge. Chez les jeunes enfants ces fractures n'existent pas, ou sont tout à fait exceptionnelles, grâce à l'élasticité du cartilage de conjugaison. Il faut attendre que l'ossification devienne parfaite pour voir apparaître ces fractures. La réunion des trois os qui forment l'os coxal ne se fait généralement qu'entre 16 et 18 ans. Le col fémoral est alors dans les meilleures conditions de résistance. Il peut sans se briser transmettre le choc vulnérant au sourcil cotyloïdien. Aussi c'est à partir de cet âge et jusqu'à 30 ans,

alors que l'homme est en pleine possession de sa force et de sa vigueur et se livre à des travaux pénibles et dangereux, que ces fractures se produisent avec le maximum de fréquence, car c'est la période où l'homme est le plus exposé aux traumatismes.

Pendant les années où l'homme garde son activité physique, ces fractures s'observent encore. Mais, après 60 ans, elles deviennent une exception. Chez le vieillard, le col du fémur est très affaibli, et il cède presque toujours le premier à cause de la raréfaction produite dans le tissu osseux qui le compose. Nous savons en effet combien sont fréquentes dans la vieillesse, les fractures du col du fémur.

Le sexe joue aussi un rôle dans l'étiologie des fractures du sourcil cotyloïdien. Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, probablement parce qu'il est plus exposé aux traumatismes violents que la femme. Toutes les observations que nous rapportons et la plupart des observations que citent Malgaigne et Hamilton sont des observations de fracture du sourcil chez l'homme.

Il faut pour qu'une fracture du sourcil se produise, des conditions particulières dans l'intensité et la direction de la force vulnérante, dans la solidité du col fémoral et dans la situation du membre inférieur au moment de l'accident.

Voyons quels sont les traumatismes capables de produire ces fractures. « Les causes, dit Malgaigne, ne diffèrent pas de celles des luxations simples, mais elles se font remarquer par leur violence ». Il s'agit en effet presque toujours de traumatismes violents portant direc-

tement, soit sur le grand trochanter, soit sur les pieds ou les genoux, soit encore sur les épaules.

I. — Chute ou choc sur le grand trochanter.

En général, la fracture reconnaît pour cause une chute sur la hanche : chute d'un lieu peu élevé ou de plusieurs mètres. Souvent, c'est à la suite d'une chute de cheval ou de voiture que se produisent ces fractures. De même un choc violent sur la hanche est quelquefois cause de cette fracture. Le malade peut être pressé entre le sol et l'obstacle, comme ce fut le cas d'un malade d'Hamilton qui fut écrasé sous une masse de fer. Mais il est rare que des traumatismes de ce genre ne s'accompagnent pas de lésions plus graves du bassin.

Pour que le choc porté sur le grand trochanter produise une fracture du sourcil cotyloïdien, faut-il encore que le col fémoral soit assez résistant pour ne pas céder sous la violence du choc. « Si le col résiste, le choc, dit Velpeau, est transmis jusque dans la cavité cotyloïde au moyen de la tête du fémur. La continuité de l'effort vulnérant va déterminer la fracture des parois osseuses de cette cavité en vertu d'un procédé qui peut mathématiquement s'expliquer. La tête du fémur est sphérique; la force d'impulsion qui lui a été communiqué s'en échappe par rayonnement, et chaque rayon va frapper excentriquement chacun des points de la cavité cotyloïde. Il arrive donc nécessairement que si la somme du mouvement centrifuge ainsi transmis dépasse la somme de résistance de cette cavité, une fracture est produite ».

Enfin, avons-nous dit, le membre inférieur doit se trouver dans une certaine position. Il faut que le col fémoral soit dans une direction telle que toute la force qu'il transmet porte directement sur le sourcil cotyloïdien. Si le col fémoral occupe une position normale par rapport au plan du cotyle, la fracture du sourcil cotyloïdien ne sera pas possible. Mais si au lieu de rester perpendiculaire à l'axe du fond du cotyle, l'axe du col fémoral prend une position oblique par rapport à cet axe, la tête fémorale ne répond plus au fond de la cavité cotyloïde, mais à la périphérie du cotyle. Etant projetée violemment contre le sourcil cotyloïdien, elle rompt ce sourcil, déchire la capsule articulaire et se luxé.

Dans quelle position doit donc se trouver le membre inférieur pour que pareille condition se réalise? Il faut qu'il soit en extension et en légère adduction. Si, au contraire, il est en extension et en position normale entre l'abduction et l'adduction, ou en légère abduction, la tête n'a aucune tendance à sortir de la cavité cotyloïde, elle ne peut se porter ni en haut ni en bas, elle enfonce la cavité cotyloïde et pénètre dans le bassin.

Cette position d'extension de la jambe avec légère abduction est la position dans laquelle Virevaux plaça ses sujets d'expérience. Il n'arriva pas une seule fois à reproduire une fracture du sourcil cotyloïdien. Senn, au contraire, a pu en reproduire une en assénant un coup de maillet sur la partie postérieure du grand trochanter d'un sujet dont il avait mis la cuisse en forte rotation interne.

Il ne faut pas, dit Guibé, que le choc soit porté ni trop haut, ni trop bas sur le grand trochanter. S'il est porté

trop haut, le grand trochanter est seul intéressé, et s'il est porté trop bas, il produit une fracture de la diaphyse fémorale.

II. — Chute sur les pieds ou sur les genoux.

C'est une cause encore assez fréquente des fractures du sourcil cotyloïdien. La littérature médicale en renferme quelques exemples.

Walker présenta à l'Académie de Médecine de Détroit, le 27 mai 1879, une pièce anatomique relative à une fracture du rebord cotyloïdien, survenue chez un homme de 78 ans qui, ayant été renversé par une voiture, tomba sur les mains et les genoux.

Grössner a publié l'observation d'un jeune homme de 17 ans qui, en sautant et retombant sur le pied gauche, se fit une fracture du sourcil avec luxation.

Enfin, Tanton dans son traité sur les « Fractures » a rapporté le cas d'un aviateur, qui dans une chute d'aéroplane, se fit une fracture du sourcil cotyloïdien. Dans ce cas, la fracture eut pour cause le heurt violent du pied sur le sol.

Mais pareille lésion ne peut se produire que chez des gens qui ont une diaphyse fémorale très résistante, terminée par un col gros et court. Il faut aussi que le membre inférieur soit en adduction pour que le choc soit transmis à la périphérie du cotyle.

III. — Choc sur les épaules.

La chute d'une masse pesante sur le dos d'un homme, alors qu'il a la cuisse fléchie sur le bassin, peut aussi

déterminer une fracture du sourcil. Cette lésion fut constatée à l'autopsie par Mac Tyer chez un homme de 27 ans « sur le dos duquel s'écroula une rangée de briques pendant qu'il avait le genou droit appuyé sur le bord d'un fossé ». Les lésions produites ainsi sont rares. Elles sont dues à un mécanisme inverse de celui des cas précédents. C'est le sourcil cotyloïdien qui vient se briser sur la tête fémorale qui joue alors, nous dit Guibé, « le rôle d'enclume ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les opinions diffèrent sur l'ordre de succession des lésions dans la production de la fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation de la hanche. Certains prétendent que la fracture n'est qu'une complication de la luxation. Telle est l'opinion de Guibé, de Rieffel et d'autres auteurs. Ainsi, la fracture serait consécutive à la luxation. Mais on ne s'explique pas très bien comment une luxation de la tête fémorale pourrait entraîner une fracture du sourcil. Il semble plutôt que la fracture doive précéder la luxation. On comprend mieux en effet, suivant le mécanisme que nous avons expliqué, qu'il se fasse d'abord une fracture du sourcil cotyloïdien qui puisse entraîner secondairement une luxation de la tête fémorale. C'est d'ailleurs l'opinion admise actuellement. Cette question a subi la même évolution que celle des fractures du cou-de-pied. Autrefois, lorsqu'il y avait luxation de l'astragale, la luxation était considérée comme le fait primordial, et les fractures malléolaires comme ses complications. Actuellement, depuis les travaux de Destot et Quénu, le chapitre des luxations du pied a diminué d'importance; on les considère comme

étant généralement une complication des fractures de l'extrémité inférieure des os de la jambe, en particulier de la fracture marginale postérieure, le rebord postérieur du tibia rappelant à la mortaise tibio-péronière ce qu'est le sourcil cotyloïdien à la cavité cotyloïde.

Les lésions que l'on observe dans les fractures du sourcil cotyloïdien présentent presque toujours les mêmes caractères, à moins seulement de complications. Elles diffèrent surtout par le siège de la fracture, et par suite par la position que prend la tête fémorale, car en général la tête fémorale se déplace dans la direction de la fracture.

Les autopsies et les radiographies nous renseignent sur l'endroit où siègent le plus fréquemment les fractures du sourcil cotyloïdien. Sur six autopsies dont nous avons pu avoir les résultats, trois fois la fracture occupait la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, une fois la partie supérieure, une fois la partie postérieure et une fois la partie inférieure. Dans les cas où il y a eu des radiographies, nous voyons dans les observations que nous rapportons que trois fois c'est la partie postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien qui a été fracturée et une fois la partie supérieure. En somme, la fracture se produit généralement en arrière et en haut; et très souvent en avant et en bas. Demarquay a rencontré un cas où le sourcil était fracturé vis-à-vis du trou ovale.

Sous l'influence du traumatisme, la tête fémorale vient frapper violemment le rebord cotyloïdien et emporte au devant d'elle toute la portion du cotyle qui s'oppose à son mouvement. En général, elle ne détache qu'un seul

fragment de la périphérie du cotyle. Ce fragment a la forme d'un coin ou d'un triangle dont la base correspond au trait de fracture et le sommet au bord du cotyle. Nous voyons, en effet, sur le schéma de la radiographie de notre malade, que la partie du sourcil qui s'est séparée du reste du cotyle, a la forme d'une pyramide triangulaire. Elle est remontée au-dessus de la tête fémorale et l'accompagne dans son déplacement. En général, elle reste retenue à la tête fémorale par des attaches fibreuses. Dans l'observation I de Mac Tyer, il semble au contraire que ce soit avec l'os iliaque que le fragment du sourcil soit resté en contact, puisqu'il est dit dans cette observation que « le fragment du rebord cotyloïdien faisait place à la tête fémorale en se renversant sur ses attaches fibreuses comme sur une charnière. »

Le fragment que la tête fémorale a détaché du sourcil cotyloïdien peut avoir des dimensions plus ou moins considérables; il peut correspondre à une faible portion du rebord cotyloïdien, comme à tout un côté du sourcil.

Dans un cas vu par Scott, le rebord cotyloïdien était brisé en haut dans l'étendue d'un pouce. Il peut y avoir aussi plusieurs fragments. Malgaigne dit que « Mac Tyer a trouvé une fois deux fragments ». Dans l'observation de Maisonneuve que nous rapportons, nous voyons qu'il y avait même trois fragments; dans ce cas, la fracture n'avait pas entamé seulement le rebord cotyloïdien, mais le plus gros fragment comprenait en même temps l'épine sciatique. Le trait de fracture peut en effet s'étendre au delà du rebord cotyloïdien, il peut s'irradier vers le fond de la cavité cotyloïde ou vers les parties

avoisinentes du cotyle. A la fracture du sourcil peut se joindre une fracture plus étendue du bassin. Cooper en a rapporté un exemple. Dans un cas publié récemment par Jacques et Zimmern (Réunion médico-chirurgicale de la v^e armée 1917), il y avait fracture complète des branches ischio-pubiennes. Mais d'ordinaire les fractures du sourcil cotyloïdien sont simples. Elles ne s'étendent pas au delà du rebord cotyloïdien.

La disparition d'une portion du sourcil cotyloïdien amène la diminution de la profondeur de la cavité cotyloïde, et par suite la disparition d'un des obstacles qui s'opposent normalement au déplacement de la tête fémorale. Il reste souvent moins d'un tiers de la profondeur normale du cotyle. Aussi, malgré la solidité de la capsule et la résistance des muscles puissants qui se groupent autour de l'articulation, les surfaces articulaires ne peuvent rester en présence. La tête fémorale que la force vulnérante a déjà chassé vers la périphérie du cotyle s'échappe d'ordinaire par la brèche osseuse faite au rebord du cotyle. La luxation de la tête fémorale dépend ainsi généralement du siège de la fracture. Si la fracture occupe la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, la tête se luxe en arrière; si au contraire la fracture occupe la partie antérieure du sourcil, la tête se luxe en avant. Cependant la tête fémorale peut se luxer dans une direction opposée à la fracture. « Nous avons vu dans le cas de Scott, ddit Malgaigne, la tête luxée sur l'ischion, presque à l'opposite de la fracture. »

La fracture du sourcil cotyloïdien n'est pas toujours suivie immédiatement de la sortie de la tête fémorale hors de la cavité cotyloïde. Ainsi, Morris a publié une

observation de luxation non réduite du fémur sur le dos de l'ilium, avec fracture du sourcil cotyloïdien chez un homme jeune et actif. Le déplacement se produisit progressivement pendant une période d'environ dix semaines. De même, chez notre malade de l'observation I, qui a voulu marcher dès le lendemain de son accident, le déplacement ne semble s'être produit que progressivement. Quelquefois, il ne se fait qu'une simple subluxation.

D'ordinaire, comme la fracture siège à la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, la tête fémorale se luxe en haut et en dehors. Elle vient occuper la fosse iliaque externe. Elle repose sur les muscles moyen et petit fessiers, et est recouverte par le muscle grand fessier. La capsule articulaire et le bourrelet cotyloïdien sont déchirés plus ou moins largement au voisinage de la fracture, et le ligament rond est rompu, soit à son extrémité fémorale, soit au niveau de son insertion sur l'os coxal. Le ligament de Bertin est intact d'ordinaire. Le grand trochanter est remonté et rapproché de la crête iliaque.

Dans un cas de fracture de la partie supérieure du sourcil cotyloïdien, qui a été présentée par Gurlt, le grand trochanter se trouvait dans le cotyle et le petit trochanter appuyait sur le bord externe de la tubérosité de l'ischion.

En général, la luxation qui se fait à la suite d'une fracture du sourcil ressemble à une luxation banale de la hanche. Mais parfois, dans les traumatismes très violents, on a l'occasion d'observer des lésions plus graves que celles que l'on rencontre habituellement. Dans

une observation de Walker, que nous rapportons, quelques-uns des muscles de la fesse étaient arrachés à leurs insertions fémorales. Dans un cas vu par Scott, les jumeaux et le carré crural étaient déchirés, et le nerf sciatique se trouvait pris entre la tête et l'ischion.

SYMPTOMATOLOGIE

Les commémoratifs n'ont, en général, qu'une faible importance. On apprend que le malade a fait une chute sur les pieds, les genoux ou la hanche, ou qu'il a reçu un choc violent dans la région trochantérienne. Mais il est bien difficile la plupart du temps, de savoir dans quelle position se trouvait le membre inférieur au moment du traumatisme. On trouve généralement le malade étendu, ne pouvant remuer, et parfois ayant perdu connaissance. On est obligé de le transporter, car il est rare qu'il puisse se lever et marcher seul.

Quand on examine un malade atteint d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation de la hanche, on a l'attention attirée tout d'abord par un ensemble de signes qui font croire qu'on a affaire à une simple luxation.

En effet, lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture de la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, si la tête fémorale s'est déplacée en haut et en dehors vers la fosse iliaque externe, ce qui frappe à première vue, c'est l'attitude spéciale du membre inférieur qui est en rotation interne et en adduction. La cuisse, légèrement fléchie, est portée dans l'adduction et dans la

rotation en dedans, de telle sorte que le genou du côté malade se porte en avant vers le genou du côté sain qu'il croise légèrement, et que le gros orteil du membre luxé se place sur la face dorsale de l'autre pied. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse.

Bien que les mouvements volontaires soient abolis, on peut encore imprimer à la cuisse divers mouvements. L'abduction et la rotation en dehors sont impossibles; mais on peut accroître l'adduction et la flexion, et même la rotation en dedans, qui est déjà prononcée. La hanche est déformée. La fesse est plus saillante qu'à l'état normal, et le pli de la fesse est plus haut. La partie supérieure de la cuisse est élargie. La région du pli de l'aîne est affaissée, et l'on sent au toucher une dépression, au lieu de la résistance qu'offre normalement la tête du fémur. Si l'on explore profondément la fesse, on trouve à la partie postérieure de la fosse iliaque une tumeur très volumineuse arrondie, recouverte par les muscles fessiers.

Par suite de l'ascension de la tête fémorale, le grand trochanter est remonté; il est plus rapproché de la crête iliaque qu'à l'état normal et projeté en arrière. Un autre signe qui découle de l'ascension de la tête fémorale, c'est le raccourcissement du membre. Parfois, ce raccourcissement est à peine apparent; d'autres fois, il atteint 4 à 5 centimètres.

Lorsque la tête s'est déplacée en dehors et en bas, vers la tubérosité ischiatique, on trouve à peu près les mêmes signes. Cependant, la flexion de la cuisse sur le bassin est plus considérable. La cuisse est fléchie à angle droit sur le bassin. L'adduction est très prononcée. Par

contre, on ne constate pas de raccourcissement; il peut même y avoir de l'allongement. On sent la tête du fémur à la partie inférieure de la fesse, au-dessus et en arrière de la tubérosité de l'ischion, de sorte que la saillie de la fesse est surtout prononcée en dehors et en bas. Le sommet du grand trochanter est plus bas qu'à l'état normal et plus écarté de la crête iliaque.

Au contraire, si, à la suite d'une fracture de la partie antérieure du sourcil cotyloïdien, la tête fémorale se déplace en avant, le membre inférieur se met en abduction et en rotation externe. Il est étendu ou fléchi, suivant que la tête fémorale s'est portée sur le pubis ou au niveau du trou ovale. La hanche est aplatie, le grand trochanter est effacé. Par contre, le triangle de Scarpa est saillant. Le toucher fait reconnaître la tête fémorale au-dessous des vaisseaux fémoraux.

En somme, on a tous les symptômes d'une luxation simple de la hanche. Mais parfois, lorsqu'on essaye de remuer le membre ou de réduire la luxation, on perçoit une crépitation qui accompagne le déplacement de la tête fémorale. Dans certains cas, cette crépitation est difficilement perceptible; dans d'autres, au contraire, elle est très manifeste; elle s'observe au moindre mouvement imprimé au membre. La réduction se fait avec un bruit de frottement comparable à celui de deux os fracturés chevauchant l'un sur l'autre.

D'après Mac Tyer, on sent la crépitation avant de faire l'extension. « Si l'on exerce, dit-il, une forte pression sur la fesse quand l'extension est faite, on n'observe plus de crépitation.

On peut arriver à mettre le membre en extension ;

mais dès qu'on cesse l'extension, il reprend la position qu'il occupait antérieurement, c'est-à-dire que la cuisse se remet en flexion légère sur le bassin, et la jambe en flexion sur la cuisse.

En général, le malade se plaint de douleur dans la région de la hanche. En pressant sur le grand trochanter ou dans la région inguinale au niveau des vaisseaux fémoraux, de même qu'en faisant exécuter au membre malade certains mouvements, on peut réveiller cette douleur qui, d'ailleurs, est commune à beaucoup de lésions de la hanche. Mais il est intéressant à noter que, dans les fractures du sourcil cotyloïdien, il existe parfois un point douloureux très net et très persistant au niveau de la crête pectinée.

Dans quelques cas de fracture de la cavité cotyloïde, Destot a eu l'occasion d'observer une ecchymose numulaire de la largeur d'une pièce de deux francs, au niveau du point le plus déclive des bourses, sur la ligne médiane. Cette ecchymose est unique et apparaît seulement quelques jours après l'accident, comme toutes les ecchymoses qui sont situées en un point assez éloigné du lieu de fracture.

Si on tente de réduire la luxation, on y parvient généralement assez facilement. D'ailleurs, la tête fémorale n'a pas toujours entièrement abandonné la cavité cotyloïde. Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, la tête fémorale reprend sa place dans la cavité cotyloïde sans difficulté. Mais une fois la réduction obtenue, si on abandonne le membre à lui-même, la tête fémorale se luxe de nouveau au moindre mouvement que le malade essaye d'imprimer à sa jambe. La luxation se reproduit

avec une extrême facilité. Cette reproduction du déplacement de la tête fémorale s'observe dans la plupart des fractures du sourcil cotyloïdien. Aussi, c'est à juste titre que l'on peut dire que la récidue de la luxation est un signe pathognomonique de la fracture du sourcil cotyloïdien.

Nous avons vu qu'il y a des cas où la tête fémorale n'abandonne pas immédiatement après le traumatisme la cavité cotyloïde. Dans ce cas, on ne constate, tout d'abord qu'un léger raccourcissement, ou même pas de raccourcissement du tout, comme cela s'est produit chez notre malade de l'observation I. Puis, secondairement, par suite de la rétraction musculaire ou d'un exercice que le malade essaye de faire, la tête fémorale est chassée de la cavité cotyloïde, et le raccourcissement apparaît.

Lorsque le traumatisme a été très violent, la tête fémorale et le fragment détaché du sourcil cotyloïdien peuvent, en se déplaçant, être la cause de différents accidents qui viennent compliquer ces fractures. On peut avoir des hémorragies mortelles, occasionnées par la déchirure d'un vaisseau fémoral ou fessier. On a signalé des ruptures des muscles de la fesse (Walker, Scott), et des accidents attribuables à la compression du nerf sciatique (Scott). En général, lorsque la tête fémorale se luxe en arrière ou au-dessous de la cavité cotyloïde, cette luxation s'accompagne de douleurs assez vives, en raison de la compression que la tête fémorale exerce sur les nerfs qui sortent du bassin par l'échancrure sciatique.

DIAGNOSTIC

Bien que les fractures et les luxations forment deux ordres de lésions essentiellement différentes entre elles, par la nature des altérations qui les constituent et par leurs symptômes, il est des cas où luxations et fractures étant réunies, il est très difficile de poser un diagnostic exact. C'est ce qui arrive généralement dans les fractures du sourcil cotyloïdien compliquées de luxation de la hanche.

Au premier examen d'un malade atteint de fracture du sourcil cotyloïdien, avec luxation de la hanche, il est bien rare qu'on reconnaisse la fracture du sourcil. En général, on croit avoir affaire à une simple luxation. En effet, le malade présente tous les symptômes caractéristiques d'une luxation de la hanche. Il a généralement le membre inférieur en adduction et rotation interne, avec la jambe fléchie sur la cuisse, et la cuisse sur le bassin. La hanche est déformée, et le sommet du grand trochanter est remonté au-dessus de la ligne de Rosser-Nélaton. En avant, il existe une dépression au niveau du pli de l'aîne qui n'est pas toujours visible, mais qui est facile à apprécier par le toucher : les doigts s'enfoncent profondément à ce niveau. Au contraire, dans la région fessière, on sent une masse dure, arrondie, qui se déplace lorsqu'on imprime un mouvement

au membre, et qui donne l'impression d'être la tête fémorale.

Ainsi donc, on a tout lieu de penser qu'on est en présence d'une luxation iliaque. L'attitude du membre inférieur et la situation de la tête fémorale sont en faveur de ce diagnostic. Mais si tous les symptômes concourent à faire établir le diagnostic de luxation de la hanche, il est beaucoup plus difficile, par contre, de soupçonner l'existence d'une lésion osseuse. En effet, bien souvent, on n'observe pas d'autres symptômes que ceux que nous venons d'énumérer.

A quoi peut-on reconnaître une fracture du sourcil cotyloïdien? Le déplacement de la tête fémorale et du fragment détaché du sourcil cotyloïdien qui l'accompagne peut donner de la crépitation. Mais c'est un signe très inconstant. On a bien rarement l'occasion de constater cette crépitation, soit parce qu'elle n'existe pas, soit parce qu'elle est tellement faible qu'elle est difficilement constatable. Mais, même si elle existe, doit-on y attacher une grande importance? Est-ce que la réduction ne s'accompagne pas, parfois, de crépitation? Le frottement des os luxés, ou de l'extrémité osseuse déplacée contre une surface rugueuse peut, en effet, produire de la crépitation. Aussi, il arrive qu'on peut la confondre avec le frottement des os luxés. Max Tyler a cité une luxation ischiatique, qu'on ne put réduire, et qui, malgré la crépitation, avait été prise pour une luxation simple. La crépitation est donc un signe qui prête à confusion, auquel on ne peut pas attribuer une grande valeur au point de vue du diagnostic.

« La persistance d'un point douloureux très net au ni-

veau de la crête pectinée et l'apparition tardive d'une ecchymose périnéale doivent, dit M. le professeur Tixier, faire supposer l'existence d'une fracture du sourcil cotyloïdien. »

Destot a beaucoup insisté sur la valeur diagnostique de l'ecchymose des bourses. Elle est à peu près pathognomonique d'une fracture du cotyle quand elle siège au point le plus déclive des bourses, sur la ligne médiane, qu'elle est nummulaire, unique, et qu'elle se produit, non immédiatement, mais dans les jours qui suivent l'accident. « Pour que l'ecchymose lointaine acquière toute sa valeur, dit Destot, il faut qu'elle soit isolée, qu'il n'existe pas dans le voisinage d'extravasats sanguins dont elle ne serait que le complément, qu'elle soit indolore, enfin qu'elle se manifeste tardivement. Ces conditions permettent de la distinguer des autres ecchymoses. »

Mais, de même que la crépitation est un signe inconstant, de même l'ecchymose des bourses et la douleur au niveau de la crête pectinée font souvent défaut. Quels sont alors les signes qui peuvent faire reconnaître une fracture du sourcil cotyloïdien? En général, on réduit très facilement la luxation. La tête fémorale rentre dans la cavité cotyloïde sans difficulté. Mais la luxation se reproduit avec une extrême facilité, si on n'a pas pris soin, dès la réduction obtenue, d'immobiliser le membre en bonne attitude. Un simple mouvement suffit à faire reproduire la luxation. Facilité de la réduction, et reproduction fréquente de la luxation, sont, peut-on dire, deux symptômes caractéristiques des fractures du sourcil cotyloïdien. Aussi, en présence de ces

deux symptômes, on doit toujours penser à semblable lésion.

La luxation n'est pas toujours elle-même très facilement reconnaissable. Elle peut être confondue avec une contusion ou une entorse de la hanche, ou encore avec une fracture du col du fémur.

En général, la seule inspection du membre suffit à faire reconnaître qu'il ne s'agit ni d'une contusion, ni d'une entorse de la hanche. L'une et l'autre peuvent être accompagnées d'une déformation; mais celle-ci ne porte point sur le squelette, elle ne peut être produite que par l'engorgement des parties molles ou par un épanchement sanguin. On ne constate pas de changement dans la longueur du membre, et on ne sent pas la tête fémorale en position anormale. « Les contusions, dit Velpeau, peuvent amener des douleurs très vives, et empêcher tout mouvement des membres à cause de ces douleurs même. Mais il est une particularité d'une grande valeur, et sur laquelle nous voulons insister. Quand un malade ne peut faire exécuter à l'extrémité inférieure aucun mouvement, parce que toute mobilité amène une souffrance vive, en le pressant quelque temps, si la douleur est la seule cause de sa répugnance au mouvement du membre, on parvient à lui faire soulever le talon; quand, au contraire, l'impossibilité des mouvements tient à une solution de continuité dans le squelette, cette impossibilité est absolue. »

Dans les cas où la tête fémorale s'est déplacée en avant, en position ovalaire ou ilio-pubienne, on a bien des raisons pour hésiter entre une luxation et une fracture du col du fémur, surtout si on a affaire à un sujet

âgé. Ces deux affections amènent du raccourcissement et de la rotation externe du membre; mais l'impossibilité de corriger cette rotation et la position anormale de la tête fémorale sont en faveur d'une luxation. Hamilton ajoute : « La crépitation s'obtient quelquefois au moment où nous commençons à remuer le membre, et cette circonstance peut servir à écarter l'idée d'une fracture du col du fémur avec déplacement considérable, car, dans ces derniers cas, la crépitation n'est d'ordinaire perçue que lorsque l'extension est complète, et que les fragments ont été remis en contact. »

Enfin, une dernière hypothèse peut être envisagée: ne serait-on pas en présence d'une fracture du fond de la cavité cotyloïde? Non, car dans ce cas, le membre est en abduction et en rotation externe, et par le toucher rectal ou vaginal, on éveille toujours une douleur en exerçant une pression sur la face interne du cotyle. Sur 11 cas de fracture du sourcil cotyloïdien que nous publions, cette douleur n'a été observée qu'une seule fois. Dans les cas de fracture du fond de la cavité cotyloïde, on sent aussi parfois la tête fémorale, entourée de fragments osseux, faire saillie dans le bassin, ce qu'on ne constate jamais dans les fractures du sourcil cotyloïdien.

Mais, en présence de lésions si différentes, et cependant si difficiles à distinguer, il n'est qu'un moyen vraiment sûr de reconnaître une fracture du sourcil cotyloïdien, c'est d'employer la radiographie. Nélaton disait, en 1869 : « Nous ne possédons aucun moyen infailible de distinguer une fracture du rebord cotyloïdien d'avec une fracture du col du fémur ou même d'un enfonce-

ment du fond de la cavité cotyloïde. » Actuellement, avec le mode et les facultés d'exploration dont nous disposons, nous n'avons plus le droit de tenir pareil langage. Par la radiographie, nous avons un moyen de nous éclairer sûrement, non seulement sur l'existence de la fracture du sourcil cotyloïdien et de la luxation qui l'accompagne, mais aussi sur le siège exact de ces deux lésions et sur leurs caractères. Il n'est plus permis, à l'heure actuelle, de nous priver sciemment d'un élément de diagnostic aussi précis.

Ce que l'on constate à la radiographie

A l'examen radiographique, dans l'observation I, le fragment du sourcil cotyloïdien se traduit par une ombre de forme triangulaire complètement isolée de l'ombre du reste de l'os iliaque, et située au-dessus de celle de la tête fémorale. Il est plus difficile de reconnaître sur l'ombre du cotyle la brèche qui a été laissée par la fracture du sourcil. La tête fémorale a abandonné en tout ou partie la cavité cotyloïde, dont la partie inférieure seule ou la totalité, se trouve ainsi déshabité. Dans l'observation III, où la radiographie publiée est une radiographie après consolidation, l'ombre du fragment se superpose à l'ombre de l'os iliaque.

Il serait intéressant dans les fractures du sourcil de faire des radiographies stéréoscopiques pour préciser plus exactement le siège et le déplacement des surfaces fracturées. C'est d'ailleurs ce qui a été fait pour le malade de l'observation I.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Contrairement aux fractures du fond de la cavité cotyloïde, qui s'accompagnent généralement de lésions très graves du côté des organes intra-pelviens, les fractures du sourcil cotyloïdien sont d'ordinaire sans gravité. La guérison est rapide, et les conséquences éloignées de ces fractures sont nulles, si la lésion est reconnue et traitée assez tôt. En somme, pronostic en général très favorable, à moins que la fracture reste longtemps méconnue.

Il paraît tout indiqué de traiter ces fractures comme des luxations, étant donné la forme des lésions et le déplacement de la tête fémorale. Réduire d'abord la luxation, et maintenir la tête fémorale en place après la réduction : tel est le traitement des fractures du sourcil cotyloïdien.

Pour réduire cette luxation, la technique est la même que pour réduire toute autre luxation de la hanche de même variété. Mais la réduction est, en général, plus simple, et se fait plus facilement.

Ainsi, en présence d'une fracture du sourcil cotyloïdien en haut et en arrière, s'accompagnant d'une luxation iliaque de la tête fémorale, on doit, pour ramener

la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, procéder de la façon suivante : après avoir anesthésié le malade, afin de supprimer la douleur et la contracture musculaire qui pourrait s'opposer à la réduction, et avoir fait fixer aussi complètement que possible le bassin par un aide, on fléchit à angle droit la cuisse sur le bassin, et la jambe sur la cuisse, puis on met le membre en abduction et on lui imprime des mouvements de rotation en dehors. La rentrée de la tête dans le cotyle est signalée d'ordinaire par un bruit sec. Quant au fragment détaché du sourcil cotyloïdien, il reste, avons-nous dit, en contact avec la tête fémorale à laquelle il est réuni, par la capsule articulaire. Aussi, en réduisant la luxation, on ramène généralement ce fragment dans la situation qu'il occupait antérieurement.

Une fois la réduction obtenue, que doit-on faire pour maintenir la tête fémorale en place ? Il faut chercher à immobiliser le membre. On peut se contenter d'attacher les deux jambes du malade avec une bande, ou de placer une bande autour du bassin, mais, en général, la luxation se reproduit.

Si l'on s'en rapporte à ce que dit Malgaigne, le mode de traitement que Maisonneuve employa dans un cas de fracture du sourcil cotyloïdien, avec luxation incomplète de la tête fémorale en arrière, que nous rapportons, serait, à son avis, la meilleure conduite à tenir en pareille circonstance. Il maintint la jambe demi-fléchie et le genou porté fortement en dehors, de telle sorte que la tête fémorale pressant contre la partie interne de la cavité, ne tendait plus à repousser les fragments en arrière.

Ce mode de contention ne nous semble pas pratique, ni facile à réaliser. Il ne paraît pas d'ailleurs avoir été employé bien souvent.

Les moyens que l'on emploie de préférence actuellement consistent à mettre le membre en extension continue dans un appareil. On peut appliquer, dès que la réduction est obtenue, comme l'a fait Grössner chez son malade, un grand appareil plâtré embrassant le bassin et tout le membre inférieur. Dans le cas présent, le résultat fut excellent. Mais il est permis de douter que le résultat soit toujours parfait; si on ne fait pas de contre-extension aussitôt, la rétraction musculaire peut faire remonter la tête fémorale, et celle-ci se luxer de nouveau.

Aussi, il est préférable d'exercer en même temps une traction sur le membre. C'est ce qui semble donner les meilleurs résultats. La traction vainc la résistance musculaire, et par suite, maintient en place la tête fémorale et la partie du sourcil cotyloïdien qui avait été fracturée. Ainsi, la consolidation de la fracture se fait assez rapidement. Cela a l'avantage de permettre la mobilisation précoce, et par suite d'éviter l'ankylose.

Dans le cas où, au moyen de l'extension continue, on n'arriverait pas à obtenir le maintien en bonne position de la fracture, on pourrait avoir recours à une intervention sanglante. En effet, avec les progrès actuels d'intervention sanglante. On pourrait, dans le cas où la luxation se reproduirait malgré l'extension continue, songer à faire un vissage ou un enchevillement avec une tige d'ivoire, du fragment du sourcil.

Dans les luxations compliquées, on peut avoir des difficultés à faire la réduction, par suite d'obstacles pro-

venant des muscles ou des ligaments articulaires. De même, si la luxation est ancienne, elle peut être très difficile à réduire. Lorsqu'on ne peut arriver à réduire la luxation, il faut immédiatement pratiquer la reposi-
tion sanglante de la tête fémorale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur GUIMBELLOT)



Le commandant Léon B..., chef d'état-major de la ...^e division fait, le 3 août 1918, une chute de cheval. Il ne peut préciser la position exacte du membre inférieur blessé au moment où il a touché le sol. Il ressent immédiatement une douleur au niveau de la hanche gauche et ne peut se relever. On doit le transporter sur un brancard et il entre le même jour à l'ambulance Saint-Paul à Chantilly.

A l'examen, à l'entrée, on constate une attitude en flexion légère de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse et une rotation interne légère du membre inférieur; le genou du côté lésé reposant sur celui du côté sain. On peut néanmoins arriver sans trop de douleur à remettre le membre dans la rectitude; mais dès l'examen fini, le blessé reprend volontiers l'attitude de flexion et rotation interne. Il n'y a pas de raccourcissement. La pression au niveau de l'articulation de la hanche est douloureuse. On ne sent pas de crépitation. Il n'y a pas d'ecchymose, ni de gonflement appréciable. On porte le diagnostic de contusion simple de la hanche.

En raison du travail intensif de l'ambulance à cette période, on ne cherche pas à préciser davantage le diagnostic, et en particulier, on ne fait pas de radiographie.

D'ailleurs le blessé, qui est très énergique et veut reprendre sa vie active, essaie dès le second jour de se lever et marche pendant quelques jours avec des béquilles, en appuyant légèrement sur le sol le pied du côté malade.

Mais, soit sous l'influence de la marche, soit par simple rétraction musculaire secondaire, il se fait progressivement un raccourcissement du membre. En effet, le blessé examiné à nouveau le 10 août, présente un raccourcissement net de plus de 2 centimètres lorsqu'on mesure de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe. Le membre se présente encore de préférence en flexion; mais l'extension complète est possible sans grande douleur. Par contre, il existe de la rotation interne avec impossibilité absolue d'amener le membre en rotation externe. La palpation de la fosse iliaque externe montre à travers les muscles une tuméfaction osseuse correspondante à la tête fémorale luxée.

La radiographie pratiquée ce jour-là montre en effet : 1° une

luxation iliaque de la tête fémorale dont la moitié supérieure est au-dessus de la cavité cotyloïde ;

2°. Au-dessus de la tête est en contact immédiatement avec elle un fragment osseux triangulaire, sur la radiographie, et mesurant 3 à 4 centimètres dans le sens vertical : ce fragment répond au sourcil cotyloïdien fracturé. Une radioscopie stéréoscopique permet d'affirmer que c'est la partie postérieure et supérieure du sourcil qui est fracturée et qui a suivi l'ascension de la tête fémorale.

Le 12 août 1918, la réduction de la luxation est pratiquée par le docteur Guimbellot, sous anesthésie générale à l'éther. On emploie la technique habituelle de la réduction des luxations iliaques de la hanche, c'est-à-dire flexion très marquée de la cuisse fléchie. Immédiatement, on entend un craquement indiquant la réintégration de la tête dans le cotyle, puis le membre est ramené en extension.

Dans cette attitude, contrairement à l'opinion classique, la reluxation ne se produit pas. Néanmoins, pour la prévenir, le membre est soumis à une extension continue par l'appareil de Tillaux de 4 à 5 kilos. Cette extension est laissée en place une dizaine de jours.

Vers le 30 août, le malade commence à se lever et à marcher.

Le 3 septembre, il quitte l'ambulance en excellent état, sans aucun raccourcissement.

Il passe alors un mois dans un hôpital de l'intérieur, dont quinze jours de mécanothérapie. Il ne se sert de béquilles que dans les quinze ou vingt premiers jours. Après vingt jours de convalescence, il est de nouveau aux armées le 6 novembre 1918. En novembre, il assiste à l'entrée à Metz, et suivant son expression, « valse comme un perdu à tous les bals de Metz ».

Le 10 mai 1919, il écrit qu'il monte à cheval sans difficulté. Il n'existe aucun raccourcissement. La mobilité de la hanche est normale : tout au plus éprouve-t-il une difficulté un peu plus marquée de ce côté lorsque « au cours d'exercices d'assouplissement quotidien, étant couché sur le dos, il fléchit le membre de façon à embrasser le genou ».

Il existe peut-être aussi une très légère douleur pour passer de la position assise à la position debout. Mais, en somme, résultat fonctionnel excellent.

OBSERVATION II

(Tirée de la thèse de VIREVAUX, Lyon, 1899)

Luxation traumatique de la hanche droite. Luxation iliaque. Réduction de la luxation sous anesthésie. Facilité extrême de la reproduction de la luxation. Fracture de la cavité cotyloïde, diagnostiquée à l'examen clinique et confirmée par la radiographie. Réduction nouvelle avec application d'un appareil silicaté. Guérison.

D... Jules, 42 ans, journalier, habitant aux Charpennes, entre le 13 mars 1899 dans le service de M. le Docteur Maurice Pollosson, chirurgien major titulaire de l'Hôtel-Dieu, suppléé alors par le docteur Tixier. Il est couché au n° 2 de la salle Saint-Joseph.

Ce malade entre pour une impotence fonctionnelle absolue du membre inférieur droit, consécutive à un violent traumatisme.

Dans ses antécédents héréditaires, aucun fait digne de remarque. Au point de vue personnel, homme très vigoureux, ayant toujours joui d'une excellente santé. Il est porteur d'une hernie inguinale qui l'a fait dispenser du service militaire. Pas de syphilis; pas de blennorrhagie.

L'accident qui amène le malade à l'hôpital, lui est arrivé le 12 mars. Cet homme était monté sur une échelle, lorsqu'un échelon, cédant sous son poids, il fut projeté sur le sol. Il tomba de trois mètres environ de hauteur sur le côté droit. La tête, les coudes et la hanche droite à la partie supérieure supportèrent le choc.

Pas de perte de connaissance, pas d'hémorragie, pas d'ecchymose étendue et immédiate.

Le malade ne put se relever seul. Il fut transporté à son domicile, puis à l'Hôtel-Dieu, où il est reçu le 13 mars.

Immédiatement, le malade est examiné. On constate tous

les signes d'une luxation iliaque de la hanche droite. Le membre inférieur droit est en effet en rotation en dedans avec adduction extrême, qui amène le genou droit sur la face antérieure du genou gauche. Le raccourcissement est considérable; l'ascension du grand trochanter, par rapport à la ligne Roser-Nélaton, très manifeste.

En somme, le cas paraît simple. On remarque cependant une ecchymose assez considérable au niveau du triangle de Scarpa, et un empâtement profond diffus de toute la racine de la cuisse. Le malade est porté à la salle d'opérations. Après anesthésie à l'éther, on étend le malade à terre; et après quelques tractions assez violentes sur la cuisse, mise en flexion extrême, M. Tixier arrive aisément, par un véritable Kocher de la hanche, à obtenir la réduction. On se contente d'attacher ensemble les deux jambes du malade par quelques tours de bande, et le malade est reporté dans son lit.

Dans la nuit suivante, le malade ressentit brusquement un ressaut dans son membre droit qui, immédiatement, reprit sa mauvaise position.

15 mars : On constate la reproduction de la luxation.

16 mars : Sous anesthésie, on réduit la luxation et on constate même l'extrême facilité avec laquelle la tête fémorale occupe et quitte la cavité cotyloïde. Aussi, après réduction, le malade étant anesthésié, on le place dans une grande gouttière de Bonnet et on applique une traction continue de 3 kilos portée à 4 kilos les jours suivants.

4 avril : Le malade va bien, il commence à détacher le talon du lit. Aussi, M. Tixier étant absent du service, on permet au malade de se lever avec des béquilles. C'est ce qu'il fait le jour même, et immédiatement sa luxation se reproduit. On diagnostique alors cliniquement la fracture de la cavité cotyloïde, diagnostic confirmé par la radiographie.

Les jours suivants, le malade eut la grippe avec localisation pulmonaire, sa température oscille entre 39° et 40°. Aussi c'est seulement le 22 avril qu'il fut possible de l'anesthésier.

22 avril : Anesthésie au chloroforme. Réduction de la luxation. Mise en place d'une traction et d'un appareil silicaté prenant la jambe, la cuisse et le bassin jusqu'au niveau des

côtes. On applique une traction de trois livres sous le silicate.

29 mai : On enlève l'appareil silicaté.

Le 13 juin, trois mois après l'accident et quinze jours après avoir enlevé l'appareil silicaté, on examine le malade. Il se lève chaque jour, marche sans trop de fatigue avec des béquilles. Quand il porte le poids de son corps sur le membre gauche, on constate que le pied droit est environ à un centimètre du sol. Il existe une certaine raideur dans l'articulation de la hanche droite. En palpant avec soin, on sent, en arrière, un cal assez considérable qui a soudé au reste de la cavité cotyloïde la partie postéro-supérieure du rebord cotyloïdien qui avait été fracturé.

Le membre inférieur droit est placé dans une légère flexion sur le bassin un peu en adduction : le pied et le genou sont légèrement tournés en dedans.

Les mouvements sont difficiles, surtout l'abduction.

Le malade n'éprouve aucune douleur dans la marche, sauf que son genou présente un gonflement assez marqué quand il est resté longtemps debout.

En mesurant de l'épine iliaque antérieure et supérieure au condyle interne, on trouve à peu près la même longueur des deux côtés : 46 centimètres.

En mesurant de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole interne, on trouve à droite, côté blessé, 84 centimètres, et à gauche 85 centimètres.

Les muscles de la cuisse droite présentent un peu d'atrophie. En mesurant le tour de cuisse, à la racine de la cuisse, on trouve à droite 50 centimètres et à gauche 46 centimètres.

Au-dessus des condyles, à cause du gonflement signalé, et peut-être d'un peu d'hyarthrose, à droite 39 centimètres et à gauche 37 centimètres. Quand on appuie fortement sur le grand trochanter droit, le malade n'accuse pas de douleur. Il ne souffre pas au niveau de l'épine iliaque antérieur et supérieur, ni au niveau de la hanche horizontale du pubis ; mais il se plaint, quand on presse au niveau de la gouttière du psoas droit entre l'épine iliaque antérieure et inférieure et l'éminence ilio-pectinée.

Par le toucher rectal, on ne perçoit aucun déplacement,

mais le malade accuse une douleur très vive, quand on appuie même légèrement en un point limité, situé au niveau du fond de la cavité cotyloïde droite.

La même exploration, pratiquée à gauche, ne détermine pas de douleur.

OBSERVATION III

(Docteurs VINON et CATHALA), *résumée*

V... Jacques, ouvrier espagnol, âgé de 38 ans, est amené d'urgence à l'Hôpital Suburbain, le 6 février 1920. Il a été victime d'un accident dont il précise difficilement la nature dans son jargon.



Un examen méthodique nous permet de constater que le membre inférieur droit est seul intéressé : il présente en effet, d'une part, une large plaie contuse, assez superficielle, du mollet; d'autre part, ce membre, à première vue, se présente en adduction et rotation interne; le raccourcissement très apparent complète ce tableau et nous fait immédiatement penser à

une luxation traumatique de la hanche (variété iliaque). Un examen complet confirme ce premier diagnostic : le bord supérieur du grand trochanter est à trois bons travers de doigt au-dessus de la ligne de Nélaton.

La région de la cavité cotyloïde est affaissée, les doigts s'enfoncent profondément à son niveau dans le triangle de Scarpa : la comparaison avec le côté sain ne permet pas de doute. La conduite à tenir ne prêtant pas à longue discussion en pareil cas, le malade est aussitôt anesthésié à l'éther goutte à goutte.

La large plaie contuse du mollet est excisée chirurgicalement et suturée primitivement.

Dans un deuxième temps, on procède à la réduction de la luxation iliaque : nous ne saurions insister sur les diverses péripéties de cette intervention, disons cependant que nous avons employé la manœuvre classique recommandée par Lejars ; après immobilisation rigoureuse du bassin, élévation de la cuisse fléchie à angle droit sur le bassin, la jambe étant elle-même fléchie du même angle sur la cuisse ; la réduction s'obtient ainsi facilement. Une immobilisation très simple fut appliquée : une simple bande réunit les deux membres inférieurs. Un cliché radiographique confirma la parfaite réduction de la luxation, mais révéla en même temps une fracture du sourcil cotyloïdien dans sa partie supérieure.

L'immobilisation du malade fut prolongée une vingtaine de jours, puis mobilisation et massage constituèrent les éléments essentiels du traitement.

Entre temps la cicatrisation de la plaie du mollet traitée chirurgicalement avait été obtenue par première intention. Actuellement, deux mois après l'accident, la consolidation de la lésion a été obtenue.

La tête est en place, mais dans un cotyle devenu trop large par suite de la consolidation de la partie supérieure du sourcil : le fragment correspondant de l'os iliaque était en effet primitivement basculé en haut et en dehors ; il s'est fixé dans cette situation anormale ; il en résulte une légère ascension de l'extrémité supérieure du fémur qui se caractérise cliniquement par une légère ascension du bord supérieur du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton. Les conséquences

de l'accident se traduisent par une incapacité fonctionnelle assez peu marquée. Le blessé marche avec une canne, il a une boiterie à peine marquée qui correspond au léger raccourcissement du membre lésé, mais qui va s'améliorant et pour laquelle il est logique de prévoir une diminution ultérieure.

OBSERVATION IV

(Tirée de *Clinique Chirurgicale* de MAISONNEUVE)

Il s'agissait d'un carrier surpris dans un éboulement et amené à l'hôpital Cochin, le 3 mai 1854, avec des lésions multiples, une fracture du bras droit compliquée de plaie, une fracture comminutive de la cuisse du même côté, et enfin, une lésion complexe de l'articulation coxo-fémorale gauche. qui fixa mon attention, et, qu'à l'aide d'un examen minutieux et sévère, je ne tardai pas à reconnaître pour une fracture du sourcil cotyloïdien avec la subluxation de la tête du fémur. La résolution du membre par le chloroforme rendait au reste les signes de cette affection assez nets et caractéristiques pour ne laisser aucun doute dans notre esprit.

Voici en quoi ils consistaient : 1° une douleur vive existait au niveau de l'articulation; 2° la cuisse était raccourcie de 4 à 5 centimètres environ; 3° le pied était dans la rotation en dehors; 4° le grand trochanter faisait saillie en avant et en dehors; 5° les mouvements imprimés au membre donnaient lieu à une crépitation très manifeste; 6° une traction en bas produisait un ressaut brusque et une véritable réduction qui se détruisait promptement dans les mouvements d'adduction du membre, et se maintenait au contraire si la cuisse était portée au dehors; 7° enfin, pendant cette réduction, il était facile d'imprimer au membre des mouvements de flexion, d'abduction et même de circumduction. En présence de tels symptômes, il était évident qu'une lésion grave existait dans la hanche. Mais quelle pouvait être cette lésion ? Était-ce une fracture du col, une luxation, ou bien une fracture du sourcil cotyloïdien ?

La fracture du col du fémur a pour symptôme une douleur vive dans la région de la hanche, l'impossibilité des mouve-

ments volontaires, la crépitation, un raccourcissement de plusieurs centimètres que l'extension fait disparaître et qui se reproduit quand on abandonne le membre à lui-même. Or tous ces signes existaient chez notre malade. Mais dans la fracture du col du fémur, le pied est tourné en dehors; ici, au contraire, il était tourné en dedans. Dans la fracture, la réduction se fait sans secousses, et le raccourcissement se reproduit dans toutes les positions; ici la réduction produisait un bruit manifeste et se maintenait quand on portait le membre dans l'abduction.

Ces derniers symptômes détruisaient donc les présomptions que faisaient naître les premiers et ne permirent pas d'admettre une fracture du col.

Était-ce une luxation ? Je dus d'abord exclure les luxations sus et sous-pubiennes, qui, l'une et l'autre, s'accompagnent d'une abduction de la cuisse et de la rotation du pied en dehors.

Les symptômes de la luxation iliaque et de la luxation ischiatique se rapprochent davantage de ceux que nous avons sous les yeux. Dans l'une et l'autre de ces lésions, en effet, le membre est raccourci et dévié en dedans comme chez notre malade. La réduction de même s'opère brusquement et avec bruit. Mais, dans la luxation simple, il n'y a pas de crépitation; le membre, une fois ramené à son état normal, ne revient pas spontanément à sa position vicieuse, de sorte que je trouvais encore ici des symptômes contradictoires. Au contraire, dans l'hypothèse d'une fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation incomplète en haut et en dehors, toute la série des phénomènes que j'avais constatés trouvait une explication facile et le paradoxe disparaissait.

En effet, le raccourcissement du membre, la déviation du pied en dedans étaient une conséquence forcée du déplacement que la tête du fémur avait dû éprouver en haut et en dehors par suite de la fracture du sourcil cotyloïdien. Il en était de même de la réduction facile et accompagnée de ressauts appréciables, de la reproduction du raccourcissement quand la cuisse était écartée en dehors, de la crépitation, enfin de tous les signes que nous avons notés.

L'existence d'une subluxation du fémur accompagnée de

fracture du sourcil cotyloïdien ne laissa donc aucun doute dans mon esprit.

Je procédai à la réduction en exerçant de légères tractions sur la cuisse; puis, afin de prévenir un nouveau déplacement, je plaçai le membre dans une position telle que la jambe était demi-fléchie et le genou fortement porté en dehors. Dans cette position, en effet, la tête du fémur, se trouvant dans l'axe de la cavité cotyloïde, n'exerçait plus aucune pression sur le sourcil de cette cavité.

Pendant quinze jours, le malade resta dans un état assez satisfaisant, mais au quinzième jour, une eschare située près du genou droit, fut le point de départ de graves accidents. Dès que le foyer de la fracture et l'intérieur de l'articulation eurent été, par cette plaie, mis en contact avec l'air, des symptômes de la plus haute gravité se développèrent avec rapidité. L'amputation de la cuisse dut être pratiquée. Quelques jours après, le malade fut pris d'accidents d'infection purulente et succomba le 30 mai 1854.

La tête du fémur était parfaitement contenue dans la cavité cotyloïde; elle y exécutait tous les mouvements normaux; la capsule fibreuse, examinée par sa partie antérieure, était saine; il en était de même des parties osseuses correspondantes, c'est-à-dire de la partie antérieure de la cavité cotyloïde.

En arrière, au contraire, je trouvai les traces d'une fracture qui comprenait toute la partie postérieure du sourcil cotyloïdien, mais dont les fragments étaient déjà soudés. Ces fragments, ainsi qu'on le voit sur la pièce, sont au nombre de trois. L'un, très large, et si parfaitement réuni au corps de l'os qu'on a peine à le reconnaître, comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien, l'épine ischiatique et se prolonge en écaille sur la tubérosité de l'ischion. Le périoste est resté intact à la pointe inférieure de ce fragment, dont il a empêché le déplacement.

Un second fragment, beaucoup plus petit, comprend la partie postérieure et supérieure du sourcil cotyloïdien. Un cal encore incomplet le maintient soudé à l'iléum; mais il reste un intervalle d'un centimètre entre lui et le fragment précédent.

La capsule fibreuse offre, au niveau de ces fragments, les

traces d'une déchirure longitudinale de 2 centimètres d'étendue. L'articulation se trouvait donc parfaitement reconstituée.

En portant le corps du fémur dans une forte abduction, j'ai rompu le cal qui faisait adhérer les fragments au corps de l'os. Ces fragments, entraînés par la capsule fibreuse, se sont écartés l'un de l'autre, et j'ai pu voir la tête du fémur se déplacer en arrière. Dans cette position, la tête de l'os n'avait plus aucun contact avec le cartilage de la cavité cotyloïde; elle reposait, par sa partie antérieure, sur la surface fracturée de l'os iléum. Le ligament rond n'était qu'incomplètement rompu.

Si dans cet état de choses, j'exerçais sur le fémur une légère traction en même temps qu'un mouvement d'abduction, la tête de l'os rentrait dans la cavité, et les fragments reprenait leur position normale.

Cette observation m'a paru intéressante à plusieurs égards :

1° Elle est un exemple bien net de fracture du sourcil cotyloïdien avec luxation.

2° Elle démontre la possibilité de reconnaître d'une manière précise cette lésion sur l'homme vivant au moyen des symptômes que l'on n'avait pas encore signalés.

3° Enfin, elle fournit à la thérapeutique de cette affection des données utiles.

OBSERVATION VI

(Docteur WALKER, *Detroit Lancet*, july 1879), *résumée*.

Un homme de 78 ans, renversé par une voiture qui le frappa à la partie inférieure des reins, tomba sur les mains et les genoux. Il fut porté à un hôpital, où on constata une luxation iliaque.

La réduction fut obtenue aisément. on constata de la crépitation, mais sans déterminer exactement son siège. Le malade succomba au choc au bout de quelques heures. A l'autopsie, la tête du fémur fut trouvée dans la cavité cotyloïde; mais elle se déplaçait aisément. Le ligament rond et une grande partie de la moitié postérieure de la capsule étaient déchirés; mais la partie antérieure de la capsule était saine, ainsi que le ligament iléo-fémoral.

Quelques-uns des muscles de la fesse étaient arrachés à leurs insertions fémorales. La plus grande partie du rebord postérieur du cotyle était fracturée, ce qui laissait une ouverture par laquelle la tête du fémur s'était échappée, en passant entre les faisceaux du ligament iléo-fémoral, pour venir s'arrêter près de la crête iliaque. Il restait moins d'un tiers de la profondeur normale du cotyle pour maintenir la tête du fémur quand elle était en place.

OBSERVATION VII

(HAMILTON, *Traité des Fractures et Luxations*)

Le 3 février 1847, un vigoureux ouvrier allemand fut écrasé sous une masse de fer pesant plusieurs tonnes. Les docteurs Sprague et Loomis de Buffalo, furent appelés et constatèrent une luxation de la cuisse gauche en haut et en arrière : aidés de six hommes, ils réussirent à la réduire; la réduction à leur dire, s'accompagna d'une légère sensation de crépitation.

Les deux membres inférieurs furent alors rapprochés et les genoux liés ensemble, le blessé demeurant couché sur le dos. Le second et le troisième jour, le membre fut examiné par les mêmes chirurgiens, et il n'existait aucun déplacement.

Le quatrième jour, je fus invité à me joindre à mes confrères : le malade avait eu, la nuit précédente, des spasmes musculaires violents et la luxation s'était reproduite. Je trouvai le membre raccourci de près de 4 centimètres dans l'adduction, et avec la pointe du pied renversé en dedans. Nous eûmes immédiatement recours aux moufles et amenâmes promptement le trochanter au niveau de la cavité cotyloïde; à ce moment la mensuration établit que les deux membres étaient de même longueur.

Les moufles enlevées, la jambe ne se retira pas et le pied ne se renversa point en dedans; mais nous n'avions éprouvé aucune sensation indiquant que l'os se fût remis dans sa cavité, ni perçu de crépitation. Les jambes et les cuisses furent alors placées sur un double plan incliné et solidement fixées. Le blessé demeura dans cette situation trois jours pendant lesquels

le docteur Spague, qui le voyait, ne trouva rien de dérangé. Le soir du septième jour, les spasmes revinrent, et le matin la cuisse était luxée.

Le lendemain, nous employâmes encore les moufles, mais nous vîmes bientôt que l'os ne pouvait demeurer en place une minute après qu'on avait cessé leur emploi.

Cette fois, en faisant sur le pied une extension modérée et en lui imprimant un mouvement de rotation en dedans, nous pûmes percevoir nettement une crépitation légère.

Nous appliquâmes une attelle droite et fîmes une extension aussi forte que le malade pouvait la supporter; le membre fut maintenu dans cette situation plusieurs semaines. Sept ans plus tard, je constatai qu'il existait encore une luxation iliaque du fémur. Le malade boitait affreusement, mais il pouvait faire de longues marches et travailler autant qu'avant l'accident.

OBSERVATION VIII

(GROESSNER, *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1902)

L'étudiant G..., de 17 ans, saute le 10 septembre 1909, trois marches en descendant un escalier. En sautant sur le pied gauche, il ressentit soudain une violente douleur dans la hanche gauche. Pour ne pas tomber, il chercha à se retenir à une rampe située à son côté gauche et fit avec le tronc une rotation énergique sur la gauche. Il dut se reposer sur l'escalier et ne put aller plus loin. La jambe gauche était raccourcie de trois centimètres, en rotation interne, en adduction légèrement fléchie et fixée. Le sommet du trochanter était au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton.

Il s'agit d'une luxation de la tête du fémur en haut et en arrière (luxation iliaque), et, en réalité, comme l'examen radiologique le montra, par décollement du sourcil cotyloïdien. Sous anesthésie, la reposition fut entreprise de la manière connue, c'est-à-dire que la cuisse fut fléchie à angle droit, mise en forte adduction et alors simultanément portée en rota-

tion externe et extension. La jambe fut fixée trois semaines dans un plâtre et alors maintenue quatorze jours en extension. Il quitta le service le 17 novembre entièrement guéri.

OBSERVATIONS IX, X, XI, XII

(MAC TYER, *Glasgow Medical Journal*, febr. 1831), résumées

La première est celle d'un homme de 27 ans sur le dos duquel s'écroula une rangée de briques, pendant qu'il avait le genou droit appuyé sur le bord d'un fossé. A son entrée à l'Infirmierie Royale, on trouve le membre inférieur droit raccourci de près de 4 cent., et dans la flexion avec la pointe du pied renversée un peu en dehors. On pouvait faire mouvoir le membre sans beaucoup de difficultés, mais tous les mouvements provoquaient une douleur vive et s'accompagnaient de crépitation. En pratiquant l'extension, on ramenait aisément le membre à la même longueur que le membre sain, mais il se raccourcissait de nouveau dès qu'on cessait l'extension.

Comme les symptômes ne différaient que peu de ceux que présente d'ordinaire la fracture du col du fémur, on supposa qu'on avait affaire à un traumatisme de ce genre. Dans la suite, la pointe du pied se renversa légèrement en dedans; mais cette circonstance ne parut pas suffisamment importante pour motiver un changement de diagnostic.

Le blessé ayant succombé au bout de quelques jours, l'autopsie montra une fracture qui traversait le fond de la cavité cotyloïde : un fragment de la portion supérieure et postérieure du rebord cotyloïdien, mesurant près de 4 centimètres, était complètement détaché et n'était maintenu en place que par un débris de la capsule. La tête du fémur pouvait aisément être repoussée en haut et en arrière, dans la fosse iliaque externe; le fragment du rebord cotyloïdien lui faisait place, en se renversant sur ses attaches fibreuses comme sur une charnière; mais il reprenait absolument sa place quand la tête du fémur était revenue dans sa cavité articulaire. Il n'existait pas de fracture du fémur.

Dans le second fait, le membre était raccourci avec flexion

légère du genou, qui était porté un peu en avant et en dedans; la pointe du pied regardait le tarse de l'autre pied; on crut encore à une fracture du col du fémur, mais l'autopsie ne fit voir qu'une fracture de la partie supérieure du rebord cotyloïdien.

Dans le troisième fait, qui ne fut observé qu'après la mort, le raccourcissement du membre était peu marqué; mais la pointe du pied était dirigée fortement en bas et un peu en dehors. On crut d'abord à une luxation simple, mais à l'autopsie on trouva une fracture du rebord postérieur et inférieur du cotyle; le fragment provenant de ce rebord s'était déplacé vers le coccyx tandis que la tête du fémur reposait sur le muscle pyramidal au-dessus de l'échanerure sciatique.

Le quatrième exemple de cette fracture fut trouvé à l'amphitéâtre et les détails cliniques de ce fait sont demeurés inconnus. Un fragment de la portion supérieure et postérieure du sourcil avait été détaché et s'était réuni avec un léger déplacement.

CONCLUSIONS

Nous pouvons déduire de ce modeste travail que :

I — Les fractures du sourcil cotyloïdien sont dues généralement à un traumatisme violent porté sur le grand trochanter, ou à une chute faite sur la hanche, sur les genoux ou sur les pieds.

II. — Elles exigent, en second lieu, pour que la force vulnérante qui est transmise par le col du fémur exerce son action principalement à la périphérie du cotyle, que la cuisse soit en extension et en adduction.

III. — En général, la fracture siège au niveau du rebord postérieur et supérieur de la cavité cotyloïde. Le sourcil se fracture en un ou plusieurs fragments, ayant la forme d'un coin ou d'un triangle. La tête fémorale s'échappe d'ordinaire de la cavité cotyloïde au niveau de la brèche osseuse; mais parfois, cette sortie se fait dans une direction opposée. La capsule articulaire et le ligament rond sont déchirés.

IV. — Les symptômes sont ceux d'une luxation de la hanche, auxquels il faut ajouter la difficulté de maintenir en place la tête du fémur après la réduction. Dans

certains cas, on constate aussi une crépitation plus ou moins manifeste, une douleur persistante au niveau de la crête pectinéale, et une ecchymose périnéale tardive.

V. — Le diagnostic entre les fractures du sourcil co-tyloïdien accompagnées de luxation de la hanche, et les luxations simples de la hanche, est souvent impossible à faire sans le secours de la radiographie.

VI. — Le traitement consiste à réduire la luxation, et à immobiliser immédiatement après le membre en extension continue, puis, vers la troisième semaine, à recourir à la mobilisation et au massage pour empêcher l'ankylose.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 juin 1921,

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- SCOTT. — *Dublin Hospital Reports*, 1822, vol. III, page 389.
- SIR AATLEY COOPER. — *On Disloc and Tract*, 1823, 2d London, ed. p. 15.
- MAC TYER. — *Glasgow Med. Journal*, febr. 1831.
- *Gazette Médicale*, 1832, page 780.
- BRODIE. — *The Lancet*, 1833.
- R.-W. SMITH. — *Archives gén. de médecine*, 1838, t. I, p. 104.
- TOOGOOD. — *Gazette médicale*, 1842, page 627.
- MALGAIGNE. — *Traité des Fractures et Luxations*, 1847.
- DEMARQUAY. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1854, page 849.
- HOLMES. — *Transactions of the pathological Society of London*, vol. XI, 1860.
- BÉRAUD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1862, vol. III, page 185.
- RICHET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1862, vol. III, page 226.
- MAISONNEUVE. — *Chirurgie Clinique*, 1863, page 168.
- BIGELOW. — *On Hip-joint*, 1869, page 139.
- NELATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale*, 1869, tome II, page 269.
- KEATE. — *Amer. Journal of med. Sc.*, vol. XVI, page 225.
- FAVELL. — *Bristih med. journal ang.* 5, 1876.

- E. RIED. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd XII, 1879.
- WALKER. — *Detroit Lancet*, july, 1879.
- EVE. — *Med. chir. Transactions*, vol. LXIII, 1880.
- SENM. — *Transact of Med. State Soc. of Wisconsin*, 1880.
- MORRIS. — *The Lancet*, february 18, 1882.
- HAMILTON et POINSOT. — *Traité des Fractures et Luxations*, 1884, page 434.
- FYLE. — *New-York Med. Rec.*, 13 déc. 1890, tome II, p. 659.
- GROSS ROHMER et VAUTREN. — *Pathologie clinique chirurgicale*, 1898, tome III, page 828.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, 1899, tome VII, page 383.
- GROESSNER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1902, Bd L. XIV, page 576.
- VIREVAUX. — *Thèse de Lyon*, 1899.
- RIEFFEL. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, tome II, page 330.
- KONTOROWITCH. — *Thèse de Lyon*, 1903.
- Lyon Médical*, 1903, tome C, page 287.
- GUIBÉ. — *Revue de Chirurgie*, 1904, tome XXIX, page 60.
- THÉVENOT. — *Revue de Chirurgie*, 1904, tome XXIX, page 253.
- CAHIER. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Belbet*, tome VI, page 252.
- TIXIER. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome IV, p. 796.
- DELBET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 20 juin 1911.
- BOYER. — *Thèse de Montpellier*, 1912.
- STASSEN. — *Bulletin de l'Assoc. méd. belge des accid. du travail*, janvier 1913.
- TANTON. — *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet. Fractures*, 1916, page 570.
- VINON et CATHALA. — *Bulletin de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Landegoc méditerranéen*, mars-avril 1920.

